



Follow-up de dadores vivos de rim em programa de transplante renal com antecedentes prévios de patologia psiquiátrica

ANA MATILDE AGOSTINHO NETO SANTOS

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO INTEGRADO EM **MEDICINA**

2016

ANA MATILDE AGOSTINHO NETO SANTOS

**FOLLOW-UP DE DADORES VIVOS DE RIM EM PROGRAMA DE
TRANSPLANTE RENAL COM ANTECEDENTES PRÉVIOS DE
PATOLOGIA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação de Mestrado Integrado em Medicina
submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto

Ano letivo 2015/2016

Orientador: Dr.^a Alice Lopes

Categoria: Psiquiatra Sénior, Diretora do Serviço
de Psiquiatria e Saúde Mental, na Unidade de
Psiquiatria de Ligação e Psicologia da Saúde do
Centro Hospitalar do Porto e Professora
Convidada do Mestrado Integrado em Medicina
do ICBAS

Coorientador: Dr.^a Manuela Almeida

Categoria: Assistente hospitalar graduada,
afiliação ao Serviço de Nefrologia e
Departamento de Transplante Renal

Afiliação: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Rua de Jorge Viterbo Ferreira nº 228,
4050-313 PORTO

Índice

I.	Resumo	3
II.	Abstract	4
III.	Introdução	5
IV.	Materiais e Métodos	7
	1. Instrumentos de avaliação.....	7
	2. Análise estatística	8
V.	Resultados.....	9
	1. Tabela I.....	9
	2. Tabela II.....	11
VI.	Discussão	12
VII.	Agradecimentos	14
VIII.	Bibliografia.....	15
IX.	Anexo 1	16

Resumo

Fundamentos: O transplante renal de dador vivo tem claros benefícios para o recetor, sendo uma alternativa ao transplante de dador cadáver. Estudos têm sido feitos para avaliar o efeito da doação no dador; as comorbilidades mentais mais estudadas são a ansiedade e depressão; as patologias psiquiátricas graves são contraindicação para a doação. Existem poucos estudos sobre dadores e patologia/sintomas psiquiátricos prévios e pós doação. No nosso centro são aceites alguns dadores que tendo sintomatologia e antecedentes psicopatológicos são elegíveis para a doação, sendo sinalizados para acompanhamento psicossocial.

Pretende-se avaliar a morbilidade psicopatológica pós-doação dos dadores do Centro Hospitalar do Porto entre 2005 e 2013, e verificar a adequação dos critérios usados para avaliação

Métodos: A amostra incluiu todos os dadores vivos de rim entre 2005 e 2013, de ambos os sexos. A informação foi obtida pela consulta do processo clínico dos dadores, das consultas de nefrologia, psiquiatria e psicologia, pré e pós doação. Foram recolhidos dados sociodemográficos e de indicadores de psicopatologia (sintomas e medicação psicotrópica), obtidos na entrevista e através de testes psicológicos usuais na avaliação. Foram também consultados os processos clínicos dos recetores tendo-se estudado as principais intercorrências cirúrgicas e durabilidade do enxerto.

Efetuuou-se um estudo descritivo dos dados, relacionando-se os dados do dador com as variáveis estudadas no recetor.

Resultados: Numa amostra de 95 dadores (70,5% mulheres, 32,6% mães e 32,6% irmãos e 81,1% casados/união de facto), 15,8% tinham antecedentes psiquiátricos. Oito dadores necessitaram de acompanhamento posterior à doação (8,4%); 2 reportaram necessitá-la devido a intercorrências relacionadas com a doação. Quatro destes dadores tinham antecedentes psiquiátricos. Os diagnósticos foram depressão e ansiedade.

Discussão: Verificou-se uma baixa taxa de intercorrências pós-cirúrgicas nos dadores e nos recetores. A depressão e ansiedade foram os diagnósticos encontrados, sendo os doentes tratados em ambulatório. A avaliação psicossocial revelou-se adequada.

Palavras-chave

Transplante Renal, Doação Renal, Dador vivo, Comorbilidades psicopatológicas, Follow-up de dador renal, Avaliação psicossocial.

Abstract

Background: Living donor renal transplant has clear benefits to the receptor, being an alternative to cadaveric transplantation. Studies have addressed the effect of the donation on the donor; the most studied mental comorbidities are anxiety and depression; severe psychiatric illnesses are considered contraindications for donation. There are few studies about donors and pre and post donation psychiatric disorders. In our center some donors are accepted as eligible for donation, despite having psychopathological background and symptoms, being flagged for psychiatric/psychological follow-up.

This study aims to determine the post-donation psychological and psychiatric morbidity of kidney donors that have gone through the donation in the Centro Hospitalar do Porto between 2005 and 2013, looking to verify the adequacy of the criteria used on their evaluation.

Methods: The pool included all living kidney donors between 2005 and 2013, of both genders. The information was obtained through clinical file consultation, from nephrology, psychiatric and psychological consults, pre and post-donation. Sociodemographic data was collected and of psychopathology indicators (symptoms and psychotropic medication), gathered upon the interview and the usage of psychological tests on evaluation. Receptors clinical files were also consulted, studying the main surgical complications and graft survival.

There was used descriptive methods to connect donors' data with receptors' complications.

Results: The 95 donors pool (70,5% females, 32,6% mothers and 32,6% siblings and 81,1% married/joint union) had 15,8% donors with history of prior psychiatric symptoms. Eight donors needed post-donation follow-up appointments (8,4%); 2 of these needed such appointments because of complications from the donation. Four of these donors had prior psychiatric disorders. Diagnosis were of depression and anxiety.

Discussion: A small rate of complications on donors and receptors was noted. Depression and anxiety were the more common diagnosis, being the treatment held in ambulatory. The Psychosocial evaluation was, therefore, adequate.

Key-words

Kidney Transplant, Kidney Donation, Living Donors, Mental Illness, Kidney Donor Follow-up, Psychosocial Evaluation

Introdução

Desde o primeiro transplante renal de dador vivo, em 1954, esta tem sido uma prática progressivamente mais comum na abordagem do doente com insuficiência renal. Devido à escassez de dadores cadáveres, à melhor resposta a este tipo de tratamento pelos recetores e à baixa taxa de morbilidade para os dadores, esta prática tem-se tornado mais frequente.(1-3) Em Portugal, o número global de transplantes renais aumentou bastante desde a década de 80, sendo que o Centro Hospitalar do Porto (CHP), representa a segunda unidade de transplantação com mais transplantes acumulados. Este hospital constitui a unidade com maior número de transplantes renais de dadores vivos do país (22,4% do seu total de transplantes em 2014).(4)

Em Portugal a legislação permite a doação relacionada desde 1993 (Lei 12/93) e, desde 2007, a não relacionada, isto é, de dadores aparentados (até ao 3º grau) ou não aparentados do recetor (cônjuges, amigos, outros), respetivamente (Lei 22/2007).(5-7)

A baixa taxa de complicações gerais na doação renal não invalida o facto de que esta prática não acarreta vantagens médicas para o dador.(2) Assim sendo, a doação renal poderá representar uma violação do princípio da não-maleficência do Juramento de Hipócrates.(8, 9) Por esta razão, é de grande relevância o estudo das condições e critérios de aceitação dos candidatos para a doação renal. À avaliação das condições médicas para a doação acrescenta-se uma avaliação psicossocial.(10, 11) Esta tem como objetivo despistar patologia psiquiátrica e alterações emocionais, bem como situações de coação à doação, recompensação financeira e avaliar o suporte familiar e social, qualidade da relação dador-recetor, capacidade de efetuar um consentimento informado, motivação para a doação, capacidade de adesão a tratamento e estabilidade financeira.(11, 12) Mesmo após esta avaliação, reporta-se uma pequena percentagem (<5%) de dadores que se arrependem da sua decisão.(13) Atualmente, recomenda-se a avaliação psicossocial de todos os potenciais dadores, mas a aplicação desta norma não é igual em todos os países.(8, 14) Mais estudos sobre como conduzir estas avaliações são necessários.(8, 10, 14) No entanto, recomenda-se uma entrevista a sós com o potencial dador, bem como tempos entre entrevistas, que devem obedecer a protocolos de avaliação, para que o dador tenha tempo de assimilar as informações e a sua decisão.(11)

Após a avaliação inicial devem ser selecionados os candidatos à doação e mantido o acompanhamento até ao transplante; após a cirurgia deve-se continuar o seguimento mediante as necessidades do dador.(15) No CHP, é protocolo a reavaliação na Psicossocial após um ano.(16)

Estudos do CHP revelaram *outcomes* psicossociais favoráveis nos doadores, sendo este padrão suportado pela literatura.(16-21) No entanto, necessitam-se mais estudos que descrevam preditores de mau prognóstico.(21)

Amanda Dew aponta alguns fatores inconsistentemente correlacionados com piores resultados psicossociais, como a perda de enxerto, morte do recetor, complicações médicas e história de alterações psiquiátricas no doador e má relação entre o doador e o recetor.(19, 22) Refere outros que são apresentados mais consistentemente na literatura, tais como doadores relacionados que não são familiares de primeiro grau, ambivalência pré-transplantação de tipo residual (desejo consistente de que outro órgão se tornasse disponível) e doadores “black sheep” (que pretendem compensar situações familiares passadas com a doação).(13, 22)

Este estudo tem como objetivos avaliar a frequência de doadores aceites com alguma sintomatologia psiquiátrica/psicológica, analisar a progressão de patologia psiquiátrica/psicológica nestes doadores vivos de rim com distúrbios identificados previamente à doação, avaliar manifestações psiquiátricas pós doação; avaliar a relação entre manifestações psiquiátricas/psicológicas e intercorrências médicas no recetor, procurando verificar a adequação dos critérios usados para avaliar os doadores.

Materiais e Métodos

Foram analisados os 95 dadores de rim que efetuaram a sua doação no CHP entre 2005 e 2013 inclusive e que tiveram avaliação psicológica prévia.

Instrumentos de avaliação

Devido ao longo intervalo de tempo de datas de transplantação selecionado, houve alguma variabilidade de avaliação psicossocial, devido a pequenas diferenças nos protocolos de avaliação aplicados em diferentes períodos e a diferentes tempos de follow-up, havendo dadores com duas avaliações pós-transplante e outros que ainda não tinham comparecido à primeira. Foi usada uma base de dados fornecida pelo serviço, na qual se encontravam os resultados dos questionários das avaliações.

Os dados sociodemográficos foram inquiridos em questionários, nos quais se determinava a idade, género, nível de educação, atividade profissional, estado civil e parentesco com os recetores.

Para avaliar a morbilidade psiquiátrica usou-se o questionário Zung de autoavaliação da depressão e o Zung de autoavaliação da ansiedade. Estes são questionários com 20 perguntas cada, validados para a população portuguesa.(16)

Foi também aplicado a Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) uma escala validada para a avaliação da depressão e ansiedade em contexto hospitalar.(23)

Para além dos dados fornecidos pela base, foram consultados os registos clínicos dos dadores procurando complicações médicas precoces (que aumentaram o número de dias de internamento, tendo-se considerado: infeção, transfusões, internamentos na unidade de cuidados intensivos primária e meningite) e tardias (após a alta, considerou-se dor por mais de 6 meses, disfunção renal, hipertensão arterial, Diabetes Mellitus, obesidade), bem como consultas de psicologia e psiquiatria pré e pós-doação, para sinalizar quais os doentes com sintomatologia psicopatológica pré ou pós doação investigando a sua relação com eventos da doação ou com sintomatologia prévia, número de consultas, medicação aplicada e diagnósticos aplicados.

Foram também consultados os registos clínicos dos recetores pesquisando casos de perda ou rejeição de enxerto e morte do dador e classificando-se quanto à sua precocidade (até aos 3 meses de pós-operatório ou após estes para a perda e rejeição, e até ao primeiro mês ou após este para a morte).

Análise estatística

A análise estatística foi feita usando o programa SPSS versão 23.0. Os dados descritivos da caracterização sociodemográfica, dos resultados da aplicação das escalas classificativas e dos casos em que situações de relevo nos registos clínicos são apresentados sob a forma de frequências distributivas.

Resultados

A amostra é constituída por 95 indivíduos, sendo que 70,5% são do sexo feminino (n=67) e 67,4% (n=64) tinham idade igual ou superior a 40 anos na data do transplante, as idades da amostra variaram entre os 26 e os 64 anos. A maioria dos dadores (81,1%; n=77) estava casado ou em união de facto à data do transplante. A relação de parentesco entre o dador e o recetor foi variável. Irmãos e mães eram as relações de parentesco mais frequentes, 32,6% (n=31). A Tabela I apresenta os parentescos obtidos.

Tabela I: Parentescos dos dadores em relação aos recetores

Parentesco	Frequência	Percentagem
Mãe	31	32,6
Pai	8	8,4
Irmão	14	14,7
Irmã	17	17,9
Filha	4	4,2
Marido	7	7,4
Esposa	12	12,6
Cunhada	1	1,1
Amigo	1	1,1
Total	95	100,0

De todos os dadores avaliados, 15 (15,8%) tinham antecedentes psiquiátricos previamente diagnosticados, sendo estes maioritariamente de depressão (n=10), mas também de ansiedade (n=4) e um caso de depressão reativa a situação profissional. Destes, 4 (26,67%) recorreram a consultas de psiquiatria ou psicologia no CHP, sendo que dois mantiveram-se seguidos imediatamente no pós-operatório. Ao passo que os outros dois recorreram à consulta por iniciativa própria, posteriormente. Maior detalhe sobre estes casos é apresentado posteriormente.

Quando foi aplicada a escala Zung para a depressão na avaliação pré transplante, dos 66 dadores que foram inicialmente avaliados 51,5% (n=34) foram classificados como tendo Depressão Leve, 39,4% (n=26) como Ausência de Depressão e 9,1% (n=6) como tendo Depressão Moderada. Dos 27 dadores avaliados pela escala HADS para a depressão 92,6% (n=25) apresentavam valores considerados normais, os restantes (7,4%; n=2) tinham valores de Depressão Leve.

Na avaliação da ansiedade, na escala Zung (N=67), 94% (n=63) foram classificados como tendo ansiedade em valores normais, 4,5% (n=3) Ansiedade Leve e 1,5 (n=1) Ansiedade Moderada.

Usando a HADS para a ansiedade (N=27), 85,2% (n=23) estava dentro dos limites da normalidade, 11,1% (n=3) tinham Ansiedade Leve, 3,7% (n=1) tinham Ansiedade Moderada.

Na avaliação pós-transplante, dos 29 dadores aos quais foi aplicada a escala de Zung para a depressão 48,3% (n=14) não tinham depressão, 27,6% (n=8) tinham Depressão Leve, 17,2% (n=5) tinham Depressão Moderada e 6,9% (n=2) tinham Depressão Grave. O emprego da escala HADS para a depressão a 63 dadores teve como resultados 90,5% (n=57) com valores normais, 6,3% (n=4) com Depressão Leve e 3,2% (n=2) com Depressão Moderada.

A avaliação da ansiedade com a escala Zung (N=29), obteve 89,7% (n=26) de resultados dentro dos valores normais e 10,3% (n=3) compatíveis com Ansiedade Leve. Usando a HADS para avaliar a ansiedade (N=63), 77,8% (n=49) das respostas estavam dentro dos limites da normalidade, 11,1% (n=7) qualificavam como Ansiedade Leve, 6,3% (n=4) como Ansiedade Moderada e 4,8% (n=3) como Ansiedade Grave.

Em relação às intercorrências médicas no dador, 20 casos tiveram complicações imediatas, sendo a infecção o mais frequente (65%, n=13); seguida de transfusões (15%; n=3), necessidade de internamento na UCIP (10%; n=2), meningite (5%, n=1) e complicações diretas da cirurgia (5%, n=1). Vinte e um casos tinham apresentado complicações tardias, sendo a dor por mais de seis meses a mais mencionada (38,1%; n=8), sendo que destes apenas dois estavam tratados (um com amitriptilina e outro com fisioterapia). Também estão referidas a disfunção renal (19,0%; n=4), as infecções do trato urinário de repetição (14,3%, n=3) e 6 casos (28,6%) tinham patologia que derivava da doação mas que não estava contemplada nos critérios previamente referidos, tendo sido codificada como “outros”.

Em relação ao recetor, há registo de duas mortes, uma nos primeiros 3 meses e outra após, aproximadamente, um ano. A perda de enxerto ocorreu em 6 casos (4 precoces e 2 tardios) e a rejeição sem perda de enxerto em 15 transplantados (precoce em 11 e tardia em 4).

Em 6 casos da amostra (6,3%) há registo de diagnósticos psiquiátricos posteriores à doação (depressão (n=2, caso II e III), ansiedade (n=1, caso V), depressão major (n=1, caso VI), humor depressivo (n=1, caso IV) e humor depressivo mais ansiedade (n=1, caso I)). Destes, apenas o caso II não era seguido no CHP, sendo que há ainda registo de dois casos (VII e VIII) que receberam acompanhamento pós-transplante, relacionado com o seu diagnóstico anterior. Apenas outro caso (VI) teve também relação com o diagnóstico anterior e outro (IV) tinha um diagnóstico prévio (depressão), sendo que este regresso à consulta foi independente da patologia anterior. Sete destes casos (todos exceto o IV) estavam medicados, com inibidores seletivos da serotonina (n=3, casos

I, VI e VIII), benzodiazepinas (n=2, casos V e VII), inibidores de recaptação de serotonina e antagonistas alfa-2 (n=1, caso III) ou inibidores seletivos de recaptação de dopamina (n=1, caso II). Dois destes casos (III e IV) tiveram necessidade de recurso a consultas de psicologia ou psiquiatria no CHP devido a intercorrências relacionadas com a doação, sendo que no caso IV as intercorrências não contemplavam os critérios de intercorrência definidos para este estudo. A Tabela II esquematiza os resultados anteriormente descritos.

Tabela II: Situação psicopatológica pós-doação

Caso	Diagnóstico	Antecedentes	Relação com intercorrências	Consultas (psic/psiq)	Medicação
I	Humor depressivo e ansiedade	Não	Não	3/1	Fluoxetina
II	Depressão 1	Não	Desconhecida	Desconhecida	Bupropiona
III	Depressão 2	Não	Sim (rejeição precoce)	0/6	Trazodona
IV	Humor depressivo	Sim (depressão)	Sim	1/0	Nenhuma
V	Ansiedade	Não	Não	3/0	Alprazolam
VI	Depressão major	Sim (depressão)	Não	1/17	Sertralina
VII	Ansiedade	Sim (ansiedade)	Não	0/3	Mexazolam
VIII	Depressão	Sim (depressão)	Não	0/5	Sertralina

Discussão

A maioria dos dadores são do sexo feminino e relacionados, sendo a maioria mães ou irmãos dos recetores, bem como esposas, o que é congruente com a literatura encontrada.(19) O desequilíbrio entre o número de dadores relacionado e os não relacionados, pode, em parte, ter sido influenciado pela recente mudança da lei, permitindo apenas desde 2007 a transplantação em dadores não aparentados.(6)

Tanto nas avaliações da depressão como da ansiedade, a maioria dos casos apresentavam valores normais. Devido às diferentes escalas usadas, a Zung mais nas avaliações iniciais e a HADS mais nas pós-transplante, não foi possível calcular uma diferença estatística. No entanto, uma maior percentagem de valores considerados normais (ausências de depressão) foi verificada em ambas as escalas nas avaliações pós-transplante. Na avaliação pós-transplante da ansiedade, houve uma pequena diminuição na percentagem de dadores com valores normais.

O baixo número de casos que necessitaram de acompanhamento após o transplante pode indicar uma seleção adequada dos potenciais dadores prévia à doação, já que destes apenas 2 se mantiveram sintomáticos e necessitaram de acompanhamento. A prevalência pós-doação de doenças mentais obtida deste estudo (6,3%) foi inferior à da população geral portuguesa, que, em 2013, apresentava uma prevalência de 22,9% (16,5% de ansiedade e 7,9% de depressão), estes achados são congruentes e com a literatura.(22, 24) Este tipo de achados pode dever-se a vários fatores: em primeiro lugar, o tamanho reduzido da amostra poderá não permitir encontrar casos suficientes para igualar a média nacional. Em segundo lugar a amostra poderá estar enviesada, já que os dadores são um grupo selecionado de sujeitos, que passam por, pelo menos dois filtros (consultas médicas e consultas psicológicas), nos quais os casos menos promissores não são aceites. Isto pode ser verificado pela percentagem de dadores com história prévia de patologia psiquiátrica (15,8%), inferior à média nacional. Outra razão poderá ser a existência de casos que apesar de terem doença mental, não se dirigiram ao CHP, nem têm registos nas outras consultas de tais patologias. Por último, os dadores são atentamente seguidos durante todo o processo de doação e mesmo depois, com acesso a consultas psicológicas ou psiquiátricas, o que já se provou promover melhores *outcomes*.(25) Em qualquer dos casos, a baixa taxa de recorrência indica uma adequação dos critérios usados e um correto acompanhamento durante todo o processo pré e pós-doação.

O presente estudo revelou uma taxa de mortalidade nos recetores no primeiro ano de 2,11%, que se mostra inferior à média de estudo prévios (4%) no mesmo período.(26) Já no campo da rejeição

aguda, o relatório da Sociedade Portuguesa de Transplantação aponta para taxas de rejeição aguda no 1º ano na ordem dos 10%, valor inferior ao encontrado (15,79%), mas de salientar que todos os recetores tinham um tempo de follow-up superior a um ano. A perda de enxerto em Portugal é de 7,6% após o primeiro ano, sendo este valor superior ao encontrado neste estudo (6,32%), sendo que, mais uma vez esta é uma estatística para mais do que um ano.(4)

Não foi possível calcular relação entre intercorrências médicas no recetor e maus *outcomes* psicossociais no dador. Como foi mencionado antes, este é um fator que é inconsistentemente referido como preditor de mau prognóstico.(22) Poder-se-ia pensar que as intercorrências médicas provocariam no dador a sensação de impotência, como se a doação tivesse sido em vão. Porém, o dador poderá beneficiar também da sensação de que fez tudo ao seu alcance para ajudar o recetor, podendo isto justificar os dados inconsistentes.

A principal limitação do estudo foi a mudança de escalas de avaliação dos dadores. Como a amostra foi de doações durante um longo período de tempo (8 anos) os métodos de avaliação foram alterados e isso impediu comparações estatísticas pré e pós doação.

Um ponto forte do estudo é integrar complicações médicas dos dadores e recetores. Outro ponto forte é o tamanho da amostra, que contou com 95 dadores, e respetivos recetores, tamanho grande em comparação com estudos da mesma matéria em Portugal.

Novos desafios se avizinham. A possibilidade de transplante de dador não relacionado abre portas para um sem número de implicações me relação à doação e dos seus termos. A ELPAT definiu doações como doador especificado e não especificado.(7) Um exemplo e doação não especificado e que é prática noutros países é a doação anónima ou dador Samaritano. Trata-se de uma doação em que um indivíduo deseja doar um órgão independentemente do recetor, indo este para o primeiro compatível em lista de transplante. Este tipo de doação levanta questões importantes sobre a avaliação psicossocial. Neste caso, a motivação é um dos fatores mais importantes nesta avaliação, já que esta pode incluir patologia psiquiátrica subjacente.(7, 27) Uma variante desta doação é a doação de órgão a um grupo específico. Aqui, o dador define qual deve ser o perfil do recetor (uma criança, por exemplo) a importância da manutenção do anonimato do recetor, nestes casos, prende-se com a prevenção de comercialização de órgãos.(7)

De facto, situações de venda de órgãos também poderão vir a ser uma realidade, sendo que esta prática, para além de não ética, representa, para o recetor, sérios riscos de baixa qualidade de avaliação para o transplante.(1)

Outra prática que poderá vir a ser um problema, é a solicitação de transplante, isto é, a publicitação de casos de necessidade de órgão para uma determinada pessoa em meios públicos (televisão, sites da internet, jornais, redes sociais, entre outros). Nestas situações, o dador escolhe doar o seu órgão a uma pessoa específica que não conhece e da qual conhece apenas a história que lhe foi fornecida. A doação aqui torna-se como um “concurso de beleza”, ou seja, o órgão será doado à pessoa que conta a “melhor história”, violando-se o princípio da acessibilidade igualitária que guia, agora, a lista de transplantes.(28)

Estas situações num futuro cada vez mais próximo, vêm aliar-se à longa lista de razões para efetuar uma avaliação psicossocial prévia dos potenciais dadores, justificando a importância da estruturação de *guidelines* e obrigatoriedade da prática das entrevistas por profissionais treinados.

Em suma, os resultados obtidos vêm suportar a literatura de que a doação de rim oferece poucos malefícios ao dador, mas mais estudos são necessários para encontrar fatores preditores de mau prognóstico psicossocial e construir modelos estruturados de entrevista consensuais. Os critérios de seleção e acompanhamento dos dadores revelaram-se adequados à população estudada. Verificou-se uma baixa taxa de complicações pós-cirúrgicas tanto nos dadores como nos recetores. A mudança da legislação poderá levar a uma mudança nos paradigmas da doação, situações para as quais os clínicos devem estar alerta, para poderem lidar da melhor forma.

Agradecimentos

Agradece-se a cooperação e apoio de todo o serviço de Psiquiatria de Ligação, em especial à Doutora Alice Lopes (orientadora deste projeto) e às Doutoradas Inês Carvalho e Sara Viveiros, pela ajuda no preenchimento da base de dados. Agradece-se também à Doutora Manuela Almeida, pela orientação da tese e disponibilidade e à Doutora Isabel Fonseca pela ajuda na análise estatística.

Bibliografia

1. Bruzzone P, Pretagostini R, Poli L, Rossi M, Berloco PB. Ethical considerations on kidney transplantation from living donors. *Transplantation proceedings*. 2005;37(6):2436-8.
2. Ibrahim HN, Foley R, Tan L, Rogers T, Bailey RF, Guo H, et al. Long-term consequences of kidney donation. *The New England journal of medicine*. 2009;360(5):459-69.
3. Najarian JS. Living donor kidney transplants: personal reflections. *Transplantation proceedings*. 2005;37(9):3592-4.
4. Filipe R. Registo Português de Transplantação Renal 1980-2014: Sociedade Portuguesa da Transplantação; 2014 [updated 31 de Dezembro de 2014]. Available from: <http://www.spt.pt/download/rspt2014.pdf>.
5. Lei 12-93, 94 (1993).
6. Lei22-2007, 124 (2007).
7. Dor FJ, Massey EK, Frunza M, Johnson R, Lennerling A, Lovén C, et al. New classification of ELPAT for living organ donation. *Transplantation*. 2011;91(9):935-8.
8. Clarke A, Mitchell A, Abraham C. Understanding donation experiences of unspecified (altruistic) kidney donors. *British journal of health psychology*. 2014;19(2):393-408.
9. Dalal AR. Philosophy of organ donation: Review of ethical facets. *World journal of transplantation*. 2015;5(2):44.
10. Abecassis M, Adams M, Adams P, Arnold RM, Atkins CR, Barr ML, et al. Consensus Statement on Live Organ Donor. *JAMA The Journal of the American Medical Association*. 2000;284(22):2919-26.
11. Dew MA, Jacobs CL, Jowsey SG, Hanto R, Miller C, Delmonico FL, et al. Guidelines for the psychosocial evaluation of living unrelated kidney donors in the United States. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2007;7(5):1047-54.
12. Leo RJ, Smith BA, Mori DL. Guidelines for conducting a psychiatric evaluation of the unrelated kidney donor. *Psychosomatics*. 2003;44(6):452-60.
13. Dew M, Zuckoff A, DiMartini A, Dabbs A, McNulty M, Fox K, et al. Prevention of poor psychosocial outcomes in living organ donors: from description to theory-driven intervention development and initial feasibility testing. *Progress in Transplantation*. 2012;22(3):280-93.
14. Rodrigue JR, Pavlakis M, Danovitch GM, Johnson SR, Karp SJ, Khwaja K, et al. Evaluating living kidney donors: relationship types, psychosocial criteria, and consent processes at US transplant programs. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2007;7(10):2326-32.
15. Reimer J, Rensing A, Haasen C, Philipp T, Pietruck F, Franke GH. The impact of living-related kidney transplantation on the donor's life. *Transplantation*. 2006;81(9):1268-73.
16. Lopes A, Frade IC, Teixeira L, Oliveira C, Almeida M, Dias L, et al. Depression and anxiety in living kidney donation: evaluation of donors and recipients. *Transplantation proceedings*. 2011;43(1):131-6.
17. Clemens K, Boudville N, Dew MA, Geddes C, Gill JS, Jassal V, et al. The long-term quality of life of living kidney donors: a multicenter cohort study. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2011;11(3):463-9.
18. Frade IC, Lopes A, Teixeira L, Rodrigues J, Almeida M, Dias L, et al. Perceptions in living kidney donation: what protagonists think and feel. *Transplantation proceedings*. 2011;43(1):39-42.
19. Gross CR, Messersmith EE, Hong BA, Jowsey SG, Jacobs C, Gillespie BW, et al. Health-related quality of life in kidney donors from the last five decades: results from the RELIVE study. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2013;13(11):2924-34.
20. Lopes A, Frade IC, Teixeira L, Almeida M, Dias L, Henriques AC. Quality of life assessment in a living donor kidney transplantation program: evaluation of recipients and donors. *Transplantation proceedings*. 2013;45(3):1106-9.
21. van Gogh J, Claassens L, Duerinckx N, Massey E, van Busschbach J, Dobbels F. Psychosocial characteristics predictive of post-operative mental health in living-related liver or kidney donors: a systematic literature review. In: W. Weimar, M. A. Bos, Busschbach JJ, editors. *Organ Transplantation: Ethical, Legal and Psychosocial Aspects II*. Lengerich: PABST; 2011. p. 347-54.
22. Dew MA, Switzer GE, DiMartini AF, Myaskovsky L, Crowley-Matoka M. *Psychosocial aspects of living organ donation*. Living Donor Organ Transplantation New York, NY: Taylor and Francis. 2007:7-26.
23. Snaith R. The Hospital Anxiety And Depression Scale Health and Quality of Life Outcomes - PMC2003. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC183845/>.
24. de Carvalho AA, Mateus P, Xavier M. Portugal: Saúde Mental em números – 2014. Lisboa: 2014.
25. Jowsey SG, Jacobs C, Gross CR, Hong BA, Messersmith EE, Gillespie BW, et al. Emotional well-being of living kidney donors: findings from the RELIVE Study. *American journal of transplantation : official journal of the American Society of Transplantation and the American Society of Transplant Surgeons*. 2014;14(11):2535-44.
26. Azzi J, Kasper D, Fauci A, Hauser S, Longo D, Jameson J, et al. Transplantation in the Treatment for Renal Failure. In: Medical M-H, editor. *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 19 ed. New York: 2015. p. 1825-31.
27. Kranenburg L, Zuidema W, Erdman R, Weimar W, Passchier J, Busschbach J. The psychological evaluation of Samaritan kidney donors: a systematic review. *Psychological medicine*. 2008;38(02):177-85.
28. Neidich E, Neidich A, Cooper J, Bramstedt KA. The ethical complexities of online organ solicitation via donor-patient websites: avoiding the “beauty contest”. *American Journal of Transplantation*. 2012;12(1):43-7.

Anexo 1

centro hospitalar
do Porto

Hospital Santo António | Hospital Maria Pia | Maternidade Júlio Dinis | Hospital Joaquim Urbano

Largo Prof. Abel Salazar
4099-001 PORTO
www.hgsa.pt

Exma. Sra. Ana Santos

Aluna do ICBAS

ASSUNTO: Trabalho Académico – MIM - “Follow-up de doadores vivos no programa de transplante renal com patologia psiquiátrica” - N/ REF.º 2015.259(219-DEFI/198-CES)

O Conselho de Administração do CHP **autoriza** a realização do estudo de investigação acima mencionado nesta Instituição, no Serviço de Psiquiatria, sendo Investigadora Principal, a aluna do ICBAS, Ana Santos.

O estudo de investigação foi previamente analisado pela Comissão de Ética para a Saúde e pelo Gabinete pelo Coordenador de Investigação do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP, bem como pela Direção Clínica, tendo obtido Parecer Favorável.

Cumprimentos,

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
16/3/2016
Dr. SOLANGE ALLEGRO Presidente
Dr. PAULO BARBOSA Director Clínico
Dr.ª ELIA GOMES Vogal Executiva
Dr. RUI PEDROSO Vogal Executivo
Enf.ª EDUARDO ALVES Enfermeiro Director


* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.º.

APRECIÇÃO E PARECER PARA A REALIZAÇÃO DE TRABALHO ACADÉMICO - MIM

Título: "Follow-up de dadores vivos no programa de transplante renal com patologia psiquiátrica"		Ref.º: 2015.259(219-DEFI/198-CES)
		Investigador: Ana Santos Aluna do ICBAS

<p>DIREÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NÃO SE APLICA</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data:</p>	<p>DIREÇÃO CLÍNICA:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> PARECER FAVORÁVEL</p> <p><input type="checkbox"/> PARECER NÃO FAVORÁVEL</p> <p>Data:</p> <p>Dr. PAULO BARBOSA Diretor Clínico - CHP</p> <p>Data: 14/03/16</p>
--	--

Em conformidade. Pode ser autorizado


Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI

Prof.ª Doutora Luísa Lobato
Diretora do DEFI

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 24.2.2016	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Follow-up de dadores vivos no programa de transplante renal com patologia psiquiátrica"		Ref.ª: 2015.259(219-DEFI/198-CES)
Protocolo/Versão: MIM	Promotor: o(a) próprio(a)	Investigador: Ana Santos Aluna do 6º ano do MIM do ICBAS

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **MIM** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo

Vice-Presidente: Dr.ª Paulina Aguiar

Dr.ª Fernanda Manuela, Enf.ª Paula Duarte, Prof.ª Doutora Carla Teixeira, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge, Dr. Jorge Andrade da Silva,
Resultado da votação:

PARECER FAVORÁVEL

A deliberação foi aprovada por unanimidade.

Pelo que se submete à consideração superior.

AUTORIZADO
Dr. Severo Torres
Adjunto do Diretor Clínico
Data: 24.03.16

Data 24.2.2016

A Presidente da CES

Dr.ª Luisa Bernardo